

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 94

CELLULES GÉANTES
ET
FOLLICULE SYPHILITIQUE

DANS LES
SYPHILIDES TERTIAIRES MUQUEUSES

Ces formations histologiques permettent-elles
de distinguer avec certitude la Tuberculose de la Syphilis?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand BONNAUD

Né le 10 novembre 1883, au Puy (Haute-Loire),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 94

CELLULES GÉANTES
ET
FOLLICULE SYPHILITIQUE

DANS LES
SYPHILIDES TERTIAIRES MUQUEUSES

Ces formations histologiques permettent-elles
de distinguer avec certitude la Tuberculose de la Syphilis?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand BONNAUD

Né le 10 novembre 1883, au Puy (Haute-Loire),



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1909



AVANT-PROPOS

M. le professeur Nicolas a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il permette à son élève de lui offrir l'humble témoignage de sa reconnaissance.

A M. le professeur Lannois nous sommes heureux de pouvoir, à cette occasion, exprimer toute notre gratitude et tous nos remerciements pour son enseignement.

M. le professeur Paviot et M. le professeur agrégé Bériel ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse, nous les en remercions vivement.

M. Moutot, chef de clinique adjoint, fut pour nous un ami et un conseiller, nous ne l'oublierons pas.

Nous associerons aussi, dans ce même sentiment de gratitude, MM. Fabre et Ferran qui ont bien voulu nous aider dans ce travail.

A tous nos parents, à tous nos amis nous demandons de bien vouloir nous garder l'estime et l'amitié qu'ils n'ont cessé de nous témoigner jusqu'à ce jour.

CELLULES GÉANTES ET FOLLICULE SYPHILITIQUE

DANS LES
SYPHILIDES TERTIAIRES MUQUEUSES

Ces formations histologiques
permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose
de la syphilis ?

CHAPITRE PREMIER

Nous nous proposons d'étudier dans ce mémoire le problème de l'existence des cellules géantes dans les syphilides tertiaires muqueuses. Ainsi posée, la question présente comme nous allons le voir un réel intérêt non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique.

En effet comme l'a dit Sergent « la syphilis et la tuberculose sont incontestablement les deux grands fléaux de notre époque ; elles sont les plus fréquentes, les plus répandues des maladies infectieuses chroniques ».

Bien que différentes dans leur nature, elles n'en présentent pas moins certaines analogies. Elles sont toutes deux contagieuses, toutes deux infectieuses, agissant sur tous nos tissus, sur tous nos organes.

Cependant leur mode d'évolution présente pour cha-

cune un caractère particulier et nous ne voyons point en quoi l'on pourrait assimiler les manifestations de la période secondaire d'une syphilis avec les signes bien cachés d'une tuberculose au début.

Nous voyons toutefois ces deux affections présenter certaines ressemblances à une époque déterminée de leur évolution, nous voulons parler des localisations de la vérole et de la tuberculose, et alors la différenciation est bien difficile.

Dans les deux cas de syphilis tertiaire et de tuberculose, nous voyons : ulcérations cutanées et muqueuses adénopathies, pneumopathies même, etc.

Bien mieux, l'on peut voir ces deux affections évoluer simultanément et, s'associant, former ces manifestations hybrides que Ricord a pu appeler « scrofulate de vérole ».

Ces relations existeront encore, quoique moins étroites, dans ces cas où, comme le dit Landouzy à propos de l'alcoolisme, « la syphilis fait le lit de la tuberculose ».

En face de ces affections, quelle sera la conduite du médecin ?

Se fiera-t-il seulement au vieil adage « *naturam morborum ostendunt curationes* » ou s'adressera-t-il à une méthode plus scientifique, plus rationnelle.

Nous croyons que, sous peine de manquer à ses devoirs, il devra chercher par tous les moyens à isoler ces deux affections, à diagnostiquer d'une façon précise le mal qu'il a à combattre.

Il a en effet entre les mains des armes terribles, un remède vraiment spécifique, et il serait impardonnable

de ne pas en avoir usé à temps et par une médication énergique enrayé les méfaits d'un processus qui n'épargnera pas celui qui en est atteint.

Nous allons brièvement exposer les méthodes de diagnostic que nous avons actuellement en notre possession. Ceci nous permettra d'accorder à chacune sa valeur et posera une indication très nette de la nécessité de notre étude.

I. Enquête sur le passé du malade et de ses ascendants, examen somatique. — Les renseignements fournis par le malade nous seront d'une grande utilité, encore qu'il ne faille accorder qu'une confiance relative aux dires d'un individu qui sera toujours porté à dissimuler une maladie qualifiée de honteuse. Certain maître ne disait-il pas « s'il est le plus souvent possible de prouver qu'un individu a eu la syphilis, il n'est jamais permis d'affirmer qu'il ne l'a pas eue. » Viennent le prouver les guérisons obtenues par un traitement spécifique, qui n'eût jamais été tenté si le médecin s'était fié aux résultats de son enquête. Le médecin sera ainsi obligé de dévoiler la syphilis qui se cache et pour cela, il recherchera les divers stigmates de l'affection.

Il constatera une adénopathie cervicale inguinale épitrochléenne, il apercevra la cicatrice à peine visible d'un chancre du prépuce ou du gland.

Et si le malade en vient à la période tertiaire, et c'est le cas qui nous intéresse, il montrera la cicatrice étoilée d'une gomme du voile, ou la trace blanchâtre d'une syphilide eutanée. Il arrive ainsi bien souvent qu'on fait le diagnostic d'une localisation spécifique par la

constatation d'autres localisations plus simples, plus banales. La peau, la cavité buccale, la gorge, le pharynx, les parties génitales, le squelette, les articulations devront être soigneusement explorés. Toutefois, certaines lésions osseuses spécifiques ressemblent à s'y méprendre à des lésions tuberculeuses. MM. Nicolas, Durand et Moutot ont signalé un cas de dactylite spécifique où le diagnostic fut des plus délicats.

Ce que nous venons de dire s'applique aussi bien à la tuberculose. Nous ne manquerons d'examiner l'hérédité du malade et chercher les divers symptômes pulmonaires, osseux, ganglionnaires, qui pourront nous ouvrir une voie dans l'étude du diagnostic.

En un mot, n'accordons à l'interrogatoire qu'une valeur très restreinte, qu'il ne serve qu'à diriger nos investigations ou à les confirmer. Chez les individus présentant une lésion suspecte, cherchons par un examen méthodique et rigoureux à dépister leur mauvaise foi ou rectifier une erreur souvent bien grave comme conséquences.

II. Examen local. — Les renseignements fournis par le malade seront corroborés au moyen de l'examen de la lésion. Et ceci est très intéressant, car dans la question que nous traitons, des indications nettes nous seraient fort utiles. Mais nous croyons pouvoir affirmer que, dans ces cas, les renseignements fournis sont fort sujets à caution. Gouguenheim disait en parlant du diagnostic macroscopique des angines tertiaires et tuberculeuses : « J'ai vu bien souvent des angines dont la nature était difficile à déterminer et l'imagination a

souvent joué un rôle dans les descriptions différentielles qu'on en a donné. Le traitement seul donne la clef du diagnostic, à moins que l'on se trouve en présence de ces cas mixtes auxquels Ricord donnait le nom expressif de « scrofulate de vérole ». Nous serons un peu moins intransigeant et nous signalerons un certain nombres de signes qui sans être typiques, pourront donner une notion assez nette des deux affections. Nous passerons rapidement en revue les muqueuses du nez, du palais et de la cavité buccale.

a) *Nez.* — Ici, un diagnostic précoce est de la plus grande utilité. En effet, ne faut-il pas arrêter au plus tôt l'évolution d'un mal démolisseur qui offrira à tous le spectacle d'une mutilation hélas trop souvent sans remède. Le diagnostic est assez difficile au début ; plus tard, on ne peut confondre la tête de mort du lupus tuberculeux avec le nez effondré de la syphilis acquise.

b) *Voûte palatine.* — Les gommès de cette région sont on le sait, très fréquentes. Les lésions tuberculeuses de leur côté ont une affection marquée pour cette région. Tantôt on aura à traiter un lupus, assez rare comparativement aux lupus cutanés, tantôt des lésions ulcéreuses si bien étudiées par Julliard, Isambert, Barth, Garel.

Ces ulcères sont moins étendus que les ulcérations syphilitiques au moins au début et au-dessus d'un fond sanieux et fongueux on voit des bords décollés, déchiquetés, avec un semis de granulations miliaires. Ici des engorgements ganglionnaires inconnus dans la syphilis, dans les deux cas dysphagie douloureuse

quoique, d'après certains, elle soit l'apanage de la syphilis, c'est l'avis de M. Garel.

c) *Cavité buccale, Langue, Pharynx.* — Ici aussi on rencontre des lésions tertiaires et tuberculeuses. L'examen de ces régions doit être constant dans tous les cas où on doute de la spécificité d'une lésion siégeant partout ailleurs.

On peut y trouver les stigmates d'une syphilis ignorée ou cachée, on peut y trouver aussi les traces d'une tuberculose en évolution. Il est un certain nombre de caractères que nous avons signalés à propos de la voûte palatine qui permettent pareille différenciation. Toutefois l'hésitation est souvent permise, quand un malade est syphilitique et tuberculeux ou bien dans certains cas spéciaux. Nous nous trouvons alors fort embarrassés car les commémoratifs ne nous renseignent guère mieux que les signes physiques, aussi faut-il recourir au traitement d'épreuve. Celui-ci doit cependant être conduit très prudemment, car, en cas de tuberculose on a souvent constaté une poussée aiguë due au mercure.

d) *Autres muqueuses.* — Nous ne parlerons pas des syphilides des autres muqueuses qui, fréquentes dans la période secondaire, sont rares pendant le tertiairisme.

III. Recherche du bacille de Koch et de la *spirochoeta pallida* dans les tissus. — L'existence du bacille de Koch dans les tissus implique d'une façon formelle la nature tuberculeuse du processus. Toutefois la possibilité de l'existence de lésions hybrides

n'est pas sans nuire un peu à la valeur du procédé. D'autre part, on peut citer des manifestations tuberculeuses : écouelles, arthrites, gommes où ce bacille n'a pu être mis en évidence.

Dans le même ordre de faits, nous parlerons de l'inoculation au cobaye, de l'épreuve de la tuberculine, du séro-diagnostic d'Arloing, de l'ophtalmo- de la cuti-réaction.

Quant à la *spirochæta pallida* qu'on a découverte dans les lésions primaires et secondaires, son existence au cours du tertiarisme n'est presque encore qu'une hypothèse. Nous citerons cependant les travaux faits à la clinique de M. le professeur Nicolas et publiés par M. Jambon.

Dans son travail celui-ci publia à la suite d'une quinzaine d'observations étrangères deux observations personnelles où la *spirochæta* fut mise en évidence dans des lésions tertiaires, mais ce n'est encore là qu'un signe difficile à mettre en évidence et très rare même dans des lésions indiscutablement syphilitiques.

Nous voici bien embarrassé, car jusqu'à maintenant nous avons des signes distinctifs des deux affections, mais aucun n'entraîne en lui-même la certitude. Le traitement mixte d'épreuve nous donnera-t-il la solution. C'est ce que prétendent certains et, pour nous, c'est un excellent signe. Vu l'intérêt de la question et nos observations personnelles pouvant apporter quelques documents, nous traiterons ce sujet dans un chapitre spécial après nos observations.

IV. Diagnostic anatomique. — Comme nous

venons de le voir, les cas sont nombreux où le médecin épuisant les ressources de la science et de son observation personnelle se trouve fort embarrassé. Alors il demande au laboratoire des renseignements que lui-même n'a pu obtenir et, au microscope le secret de la nature de cette lésion si cachée. C'est le procédé de la biopsie que M. Maurice Letulle vient dernièrement de rappeler à son tour à l'attention publique en ce qui concerne les lésions de la langue.

De ce procédé il écrivait : « Les cliniciens les plus versés dans la stomatologie enseignent combien le diagnostic différentiel des affections chroniques de la langue est, aujourd'hui encore, plus d'une fois hasardeux et montrent comment faute de signes pathognomiques suffisants, ils s'aventurent au milieu de difficultés inextricables. Aussi le prélèvement, prudemment fait, d'un mince fragment des parties malades leur apparaît-il comme un excellent moyen, aussi pratique que sûr, pour établir la nature exacte d'une lésion de muqueuse linguale et en instituer le traitement méthodique ». Nous ne voulons pas donner les détails de la coupe, coloration examen de ce travail.

Nous voulons montrer que cette méthode appliquée au diagnostic de la tuberculose et de la syphilis, tout en nous fournissant d'utiles enseignements, ne nous apporte pas le critérium de certitude.

Nous allons montrer que cette identité de surface que nous avons constatée macroscopiquement se réalise dans la profondeur et microscopiquement.

Nous montrerons que les lésions de la syphilis tertiaire comme celles de la tuberculose et d'autres

affections chroniques consistent en lésions vasculaires et follicules qui, quel que soit le nom qu'on leur donne, sont toujours formés d'éléments cellulaires inflammatoires, cellules rondes, épithélioïdes et cellules géantes.

Cette étude, comme nous le raconte Civatte dans ses lettres de Berlin est très en honneur en Allemagne.

En France, elle a été l'objet de travaux très intéressant de MM. Nicolas et Favre qui, récemment, ont renouvelé la lutte contre le dogme de la spécificité de la cellule géante.

Avant d'essayer de détruire la vieille théorie du follicule tuberculeux, nous croyons devoir rappeler ce qu'est le follicule, quelle est son origine, quelles sont ses propriétés.

CHAPITRE II

LA CELLULE GÉANTE. HISTORIQUE. PROPRIÉTÉS

La cellule géante, dont nous allons nous occuper dans ce mémoire comme une manifestation au sein des tissus du processus syphilitique, semble avoir été signalée pour la première fois par Wirchow. Faisant l'étude histologique du tubercule, il dit : « Parmi les éléments qui le constituent, les uns petits sont munis d'un noyau relativement volumineux, les autres sont de grandes cellules dans lesquelles on peut compter 12, 24 et jusqu'à 30 noyaux. »

Tour à tour Laaghaas dans la tuberculose pulmonaire, Koster dans les arthrites fongueuses, Friedlænder dans les lupus, mirent en évidence ces éléments spécifiques pour eux de la tuberculose.

Nous ne saurions entrer plus avant dans notre étude sans passer rapidement en revue les diverses théories relatives à l'origine, ou le mode de formation, le rôle physiologique et pathologique de la cellule géante.

Nous nous inspirerons principalement des travaux de Laulanié et Tripier qui l'ont bien étudiée.

D'origine conjonctive pour certains tels que Weiss et Colomiatti, la cellule géante pour d'autres aurait son berceau dans l'endothélium des vaisseaux, tandis que

d'aucuns, et c'est la théorie actuellement admise, la font naître de l'épithélium. Dans cette dernière hypothèse, nous nous trouvons en présence de deux théories. Les uns la considèrent avec Koch comme une cellule épithéliale unique au sein de laquelle s'est fait une abondante multiplication nucléaire, les autres pensent que ces cellules « résultent de la coalescence des cellules épithélioïdes qui perdent leur indépendance d'une manière très irrégulière suivant l'abondance et les qualités du protoplasma, lequel en général paraît plutôt fluide et abondant dans les productions tuberculeuses. »

Ces cellules ne jouissent pas d'une individualité propre, d'une réaction vitale intense, et noyées dans le tissu qui les environne elles sont à sa merci présentant facilement des réactions de dégénérescence.

Quel serait alors le rôle de la cellule géante. On lui a attribué un rôle phagocytaire, cependant rien dans l'analyse de cet élément ne permet, nous semble-t-il, de lui attribuer cette propriété. Nous croyons plutôt que c'est un agent protecteur des tissus; enveloppant comme d'une ceinture les corps étrangers et protégeant ainsi ces tissus contre leur action irritante. Telles sont en quelques lignes l'origine et les propriétés de la cellule géante, nous en retirerons cette courte notion. La cellule géante est une cellule dont la taille dépasse celle des éléments pathologiques, avec un protoplasma circonscrit par des contours généralement réguliers, portant à sa périphérie un grand nombre de noyaux d'origine épithéliale probablement, sans individualité

propre, apte à la dégénérescence, jouissant d'un rôle de défense des tissus.

Mais ici une question se pose : quel est le domaine pathologique de cet élément ?

Pendant de longues années considérées comme spécifique de la tuberculose, la cellule géante depuis une trentaine d'années a vu s'élargir son horizon. Un des premiers M. le professeur Renaut a essayé de sortir cet élément du cadre étroit dans lequel il était enfermé. Nous ne ferons que citer dans le même ordre d'idée et comme suite à ces travaux ceux de Colomatti, Thomanode Amicis, Bizorero, Koster, Baumgarten et Laulanié qui ont rencontré ces éléments dans diverses lésions inflammatoires à processus lent, strongylose, tuberculose, morve, syphilis, cancer. Nous citerons également un mémoire de M. le professeur Paviot sur un hybride : cancer greffé sur un lupus, montrant à côté de cellules cancéreuses des cellules géantes, peut-être ses transformations.

De son côté, M. Renaut faisant récemment une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, où il déclarait que la cellule géante n'était point le critérium du processus tuberculeux et qu'on la rencontrait encore dans un grand nombre de processus chroniques.

Pour ce qui est de son existence dans la syphilis la question a été fort discutée. Nous ne ferons que citer quelques-uns des auteurs qui se sont occupés du sujet : Basset, Jullien, Mauriac, Laulanié, Bard, Hallopeau, Letulle, Audry, Darier, Unna, Cornil, etc.

A Lyon, M. Tripier, dans son *Traité d'anatomie*

pathologique, déclare n'avoir jamais découvert de cellules géantes dans les productions syphilitiques des organes viscéraux. Son élève, Bordereau, a examiné un grand nombre de préparations et n'a pas trouvé de cellules géantes.

Toutefois, M. Tripier n'a porté ces affirmations que pour les cas de tuberculose viscérale, n'ayant point examiné les syphilides tertiaires muqueuses.

Ce court aperçu historique de la cellule géante, que le lecteur trouvera abondamment traité dans le Mémoire de M. le professeur Nicolas (*Annales des maladies vénériennes*, juin 1907), nous conduit à examiner si les conclusions que ce professeur a tirées des syphilides cutanées peuvent s'appliquer aux syphilides muqueuses. C'est ce que nous allons examiner, reproduisant les conclusions de notre maître sur un sujet aussi voisin de celui dont nous allons nous occuper.

1° On trouve d'une façon presque constante et même constante dans nos observations, au niveau des lésions cutanées tuberculeuses et gommeuses de la syphilis tertiaire, des formations histologiques bien déterminées, avec cellules embryonnaires, cellules épithélioïdes et aussi cellules géantes ;

2° Ces lésions syphilitiques tertiaires présentent la plus grande analogie avec les lésions considérées comme histologiquement spécifiques de la tuberculose et nous ne croyons pas au point où en sont nos recherches qu'il y ait à l'analyse histologique de ces formations, des caractères assez tranchés pour permettre de les différencier facilement. Il faut recourir à l'examen d'ensemble des coupes, à l'étude de la topographie des

nécroses massives pour conclure avec plus de probabilité à la syphilis ;

3° La constatation des cellules géantes, de cellules épithélioïdes au niveau de lésions cutanées n'est donc pas suffisante pour permettre d'affirmer qu'il s'agit de lésions de nature ou d'origine tuberculeuse, comme on a trop de tendance à le faire à l'heure actuelle en dermatologie, seules l'inoculation positive avec tuberculisation du cobaye, ou la guérison complète par le traitement spécifique hydrargyro-iodique, pourront apporter des arguments décisifs en faveur de la tuberculose ou de la syphilis ;

4° Ces conclusions nous paraissent d'une grande portée, non-seulement en dermatologie, mais aussi en pathologie générale. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous publions trois observations de syphilides tertiaires des muqueuses intéressant les voies aériennes supérieures. Chez ces malades, comme nous le montrons les divers moyens de diagnostic ont été utilisés, et la guérison a été obtenue par le traitement mixte. Bien mieux, chez deux de nos sujets l'idée de cellule géante spécifique de tuberculose aurait conduit à une erreur de diagnostic et aurait privé le malade des bénéfices d'une thérapeutique utile.

Nous y joindrons deux observations histologiques de Letulle.

OBSERVATION I (observation résumée.)

Georges, vingt-sept ans. Il s'agit d'un malade exerçant la profession d'ajusteur. Il a fait quelques excès éthyliques. Il a eu, il y a sept ans, un chancre syphilitique de la gorge suivi d'accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses buccales et annales).

Il s'est soigné pendant son séjour au régiment : depuis, il a cessé tout traitement.

Les accidents actuels ont débuté vers le milieu d'août 1907, par une dysphagie persistante. Le malade n'a eu tout

d'abord que de la gêne à la déglutition, puis de véritables douleurs ont apparu, réveillées par les mouvements de déglutition.

Dans les derniers jours de septembre, apparition au niveau du bras gauche d'une petite tumeur dure sans modifications à sa surface de l'aspect des téguments. Cette tuméfaction a peu à peu grossi, s'est ramollie, a contracté des adhérences à la peau et s'est ouverte dans les premiers jours d'octobre.

Actuellement (6 novembre 1907). L'examen de la gorge montre une infiltration diffuse du voile et l'isthme du gosier. La muqueuse est rouge, très épaissie. Le voile a perdu presque toute sa mobilité, il est creusé d'ulcérations profondes.

A droite, on voit une ulcération très creusée, qui part de la fosse sus-amygdalienne et s'étend transversalement jusqu'à la base de la luette. Cette ulcération est taillée à pic en pleine infiltration. Elle est circonscrite par une sorte d'auréole de teinte carminée, ses bords ne sont pas décollés, son fond est tapissé d'un enduit jaunâtre adhérent.

L'exploration au stylet révèle que la perte de substance est très profonde. Elle traverse certainement le voile.

On trouve également à gauche, dans la fosse sus-amygdalienne, une petite ulcération taillée à l'emporte-pièce, ayant la grosseur d'une tête d'épingle.

Nous portons sur l'aspect des lésions, d'une façon ferme, le diagnostic de syphilis tertiaire du voile. Ce diagnostic est confirmé par l'interrogatoire, et l'aspect de la lésion du bras gauche. On voit en effet, à la partie moyenne du bras gauche, sur la face interne, une lésion saillante acuminée, à base légèrement indurée, dont le sommet est creusé d'un cratère des dimensions d'une pièce de 1 franc.

L'ulcération est taillée à pic d'un enduit jaunâtre adhérent. Les bords en sont décollés, sur le bord interne de cette ulcération, on voit une languette de tissu nécrosé, lardacé, en voie d'élimination.

Aucune lésion cliniquement appréciable des divers appareils.

Aucune lésion pulmonaire. Le malade n'a jamais toussé. Urines normales.

Pas de fièvre.

La recherche du sporotricum par cultures est restée négative.

En somme, il s'agit d'un malade ayant eu la syphilis sept ans auparavant et présentant des lésions de la gorge et de la peau dont l'aspect objectif impose le diagnostic de la syphilis.

Examen histologique. — Il a porté seulement sur un fragment prélevé au niveau du voile au voisinage de l'ulcération principale. Fixation au Zenker. Coloration à l'hémateïne éosine, au bleu de Unna, etc.

Sur un des bords de la coupe qui formait une des parois de l'ulcération, la muqueuse est remplacée par un tissu homogène, granuleux, en voie de nécrose, contenant de très nombreux polynucléaires plus ou moins dégénérés.

En dehors de cette zone, la muqueuse est le siège d'une infiltration dense qui en dissocie le derme.

Au sein de cette nappe d'infiltration, on voit par places des amas de cellules volumineuses à contours souvent mal limités, qui tendent à se fusionner et dont l'aspect est celui des cellules épithélioïdes les plus typiques.

Au sein de ces masses épithélioïdes et parfois isolées, on voit de très belles cellules géantes.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Sargnon.)

Mme X..., quarante-six ans, originaire du Jura, vient consulter M. le Dr Sargnon pour des lésions de la gorge et de la langue, qui ont débuté il y a environ deux mois.

Antécédents héréditaires. — Sont négatifs. Rien ne per-

met de soupçonner chez cette malade une syphilis héréditaire.

Personnellement. — Bonne santé habituelle. La malade a eu dix enfants, six sont morts en bas-âge; trois sont morts à la naissance sans que l'on ait à leur sujet de renseignements précis; une fille est morte d'une angine; deux autres filles sont mortes l'une à quatre mois de fluxion de poitrine, l'autre d'affection abdominale indéterminée.

Affection actuelle. — La malade a depuis trois mois, des adénopathies cervicales, surtout marquées à droite. Les tuméfactions ganglionnaires se sont encore accusées depuis six semaines.

Depuis un mois et demi, légère dysphagie douloureuse, Depuis huit jours, raucité de la voix et otalgie droite.

Amaigrissement notable.

A l'examen objectif. — La base de la langue est soulevée par une grosse masse lisse, arrondie, régulière, recouverte par une muqueuse intacte.

L'amygdale droite présente un aspect néoplasique bourgeonnant; elle est creusée d'une sorte de caverne gangreneuse du volume d'une noix, limitée en avant par le pilier antérieur. Légère congestion du larynx.

Nombreux ganglions bilatéraux du cou. Sous l'aisselle droite, deux ganglions assez volumineux. Pas de lésions pulmonaires.

Le diagnostic clinique porté à ce moment fut celui de tumeur lymphadénique de la langue, des amygdales, des ganglions.

On prélève un fragment de l'amygdale droite intéressant la paroi de l'ulcération que nous avons décrite.

Nous avons eu l'occasion d'étudier les coupes de ce cas.

Examen histologique. — Au voisinage du bord de l'ulcération, on voit sur les coupes que les tissus ont subi une sorte de nécrose massive. Ils forment une masse homogène fortement colorable par l'éosine.

Dans cette zone de nécrose, on voit de très nombreux

polynucléaires en voie de dégénérescence et plus ou moins reconnaissables.

A mesure que l'on s'éloigne des bords de l'ulcération, on arrive sur une nappe d'infiltration cellulaire dense.

On voit encore par places des travées de tissu conjonctif séparées les uns des autres par des lits d'infiltration cellulaire.

Au centre de la coupe, on voit une grosse artère totalement oblitérée par un processus très accusé d'endomésartérite intense.

Les couches musculaires de l'artère sont très dissociées. La lumière du vaisseau est totalement oblitérée par des bourgeonnements de l'endartère.

A quelque distance de l'artère, on note sur un point de la coupe des cellules d'aspect épithélioïde tendant à se fusionner et une cellule géante parfaitement nette.

En raison de l'artérite, de la nécrose massive et malgré l'existence de formations tuberculoïdes, nous portons sur l'ensemble de la coupe le diagnostic de syphilis tertiaire.

Evolution. — La malade est mise au traitement (2 grammes d'iodure et frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour).

Après un mois de traitement, la malade est revue de nouveau entièrement guérie.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. Garel et Bernard.)

En 1905, Mme X..., commerçante à Lyon, vint consulter pour une affection nasale datant de sept mois environ et pour laquelle il ne s'est produit aucune amélioration.

Depuis six mois, elle est traitée par un spécialiste qui, hésitant sur la nature du mal, a prélevé à l'anse chaude un morceau de la muqueuse nasale et l'a fait examiner histologiquement.

L'examen, fait par un maître expérimenté et très autorisé, a conclu *d'une façon formelle à la nature tuberculeuse* de l'affection. Le traitement a, depuis lors, été orienté dans ce sens : toniques généreux, séjour à la campagne et, localement, séances répétées de cautérisations au galvano-cautère.

Quand la malade vient nous trouver, elle nous déclare que son état ne s'est nullement amélioré et elle se plaint d'un rhume de cerveau intense, de douleurs dans la tête, de perte de l'odorat, etc. Son mal, dit-elle, a commencé comme un rhume de cerveau banal et, depuis le début, l'obstruction n'a jamais cédé ni aux cautérisations, ni à aucune médication. Elle a, au début, mouché un peu de sang mêlé de pus, elle a eu de la *rougeur* et de l'*empâtement* du dos du nez accompagnés d'une douleur vive à la pression. La forme même du nez s'était un peu modifiée et était devenue cylindroïde. Or, on sait depuis nos travaux que ces symptômes sont pathognomoniques des lésions nasales tertiaires.

Elle a, de plus, à l'examen local un autre signe qui ne trompe guère : la muqueuse nasale est adossée à elle-même sur la ligne médiane, obstruant toute lumière et ne permettant aucune respiration.

En présence de ces constatations et *malgré l'examen histologique*, malgré l'absence de tout antécédent, nous concluons d'une façon ferme à de la syphilis nasale tertiaire et nous instituons notre traitement habituel (4 grammes d'iodure de potassium par jour, simplement et sans intervention locale).

Quinze jours après, la malade était à peu près guérie et, plus tard même, il se produisait un peu d'affaissement du nez, lequel venait encore confirmer d'une façon certaine le diagnostic porté par nous. La guérison s'est maintenue jusqu'à présent sans récurrence, l'odorat est revenu.

Un an après, nous apprenions par le médecin de la famille que le mari de notre malade venait de succomber

après avoir présenté des lésions tertiaires dont le diagnostic ne pouvait faire aucun doute.

Il s'agissait d'une syphilis incontestable. Le diagnostic en était prouvé par le début, par les symptômes (rougeur et empâtement du dos du nez, forme cylindroïde, douleur à la pression). Il a été confirmé encore par l'action de l'iodure et la déformation consécutive.

Nous croyons devoir ajouter deux observations de M. Maurice Letulle, publiées dans la *Presse Médicale*.

« Le second cas plus émouvant encore : une dame d'une trentaine d'années, femme d'un médecin étranger, venait à Paris, avec son mari, en vue d'une opération proposée par les médecins de son pays pour une tumeur ulcérée sise au bord droit de la langue. Deux de mes collègues l'ayant examinée, l'un concluait au cancer, l'autre à la tuberculose probable. Sur l'avis du second chirurgien, on pratiqua une biopsie dont on me confia l'étude. Les coupes montraient que, de cancer aucune trace, nulle part, n'était visible.

« Les couches épithéliales irritées, proliférées reposaient sur un chorion muqueux gorgé d'éléments cellulaires parmi lesquels il était facile de reconnaître des plasmazellen très nombreux, des leucocytes mononucléaires abondants, et, enfin de place en place, quelques belles cellules géantes, énormes pour la plupart, polymorphes, souvent vacuolaires, ne contenant ni bacille de Koch, ni sporotrichon. Les tréponèmes pâles ne purent d'ailleurs être décelés dans ce tissu enflammé bourgeonnant, déjà scléreux par endroits, indemne de suppuration. Le squelette élastique des corps papillaires élargis était disloqué, en voie d'atrophie avancée.

Les vaisseaux sanguins, gorgés de sang étaient perméables et seuls, quelques lymphatiques montraient leurs endothéliums tuméfiés, en prolifération manifeste. En présence de ces désordres hyperplasiques, qu'il était aussi impossible d'imputer à la tuberculose qu'à une tumeur proprement dite du tissu conjonctif, je conclus à une glossite syphilitique et conseillai le mercure. Trois mois plus tard, la malade guérie venait nous remercier.

« La dernière observation montre aussi l'utilité de la biopsie de la langue et les services qu'elle peut rendre. Le fils d'un médecin de Suisse venait m'entretenir de la situation cruelle où se trouvait son père atteint, croyait-il, d'un volumineux sarcome de la langue : il me demandait d'examiner le fragment biopsié que le chirurgien, par principe, avait enlevé au préalable. La tumeur était en voie d'ulcération et notre collègue avait prélevé son « cube » de langue sur une partie profondément lésée.

« Les coupes me permirent d'affirmer qu'il n'existait pas plus de sarcome que de cancer. La muqueuse linguale et les couches musculuses sous-jacentes étaient le siège d'une inflammation subaiguë scléronodulaire, ayant profondément labouré les tissus normaux, produit une atrophie insulaire des faisceaux musculaires, et mis à nu, en mains endroits, un derme fibrosé, ficelé.

« Au milieu des travées cicatricielles mutilantes, qui déformaient l'organe jusque dans sa profondeur, se montraient quelques cellules géantes, de dimensions variables, dont certaines appartenaient à coup sûr à

des faisceaux musculaires en voie d'atrophie. Le diagnostic se circonscrivait et permettait de mettre en cause, non une tumeur conjonctive encore moins la tuberculose, mais une vieille syphilis méconnue coutumière de ces désordres scléro-atrophiques de la langue. J'avoue qu'il me fut plutôt agréable d'exposer les méfaits du tréponème au fils du confrère et de rassurer le père en lui évitant une redoutable exérèse. »

Sans vouloir entrer dans l'étude critique des deux observations du savant anatomo-pathologiste, nous pourrions en déduire les conclusions suivantes. Il est souverainement utile au point de vue traitement de faire le diagnostic de la syphilis et de la tuberculose. Dans les deux cas, à l'examen, nous constatons l'existence de cellules géantes. Enfin un traitement mixte méthodique amène la guérison de ces lésions douteuses dans lesquelles on constate l'existence de cellules géantes.

CHAPITRE IV

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS HISTOLOGIQUES

De l'étude de nos observations histologiques, de l'examen attentif des photographies des préparations nous pouvons dégager une image d'ensemble aussi claire que possible.

Nous trouvons au sein de tissus infiltrés de cellules jeunes, ou en voie dégénérescence, une artère oblitérée. Tout autour et dans toutes les directions nous avons des nodules circonscrits par un tissu diffusément enflammé.

Si nous examinons attentivement ces productions, et c'est là-dessus que portera surtout notre attention, nous observons les groupements suivants.

Au centre du nodule apparaissent les cellules géantes. Ce sont de grosses cellules à contour irrégulier envoyant tout autour d'elles des prolongements. Leurs bords peuvent être assez réguliers, ovalaires ou ronds. A l'intérieur, on voit un protoplasma grenu, vitreux, vivement coloré présentant parfois des vacuoles plus ou moins étendues. A la périphérie de cette substance, nous voyons soit amassés en un point sous forme de croissant, soit l'entourant régulièrement comme d'une

couronne, soit même dans le protoplasma un grand nombre de noyaux prenant les colorants basiques et semblables à ceux des cellules épithélioïdes.

En allant vers la périphérie, nous avons une zone de cellules épithélioïdes.

Plus volumineuses que les cellules embryonnaires, ces cellules ont un protoplasma assez abondant. Si nous examinons certaines d'entre elles, on les voit perdre leur contour, devenir flou, se fusionner, montrant à leur périphérie une rangée de noyaux. Nous avons ainsi une cellule géante en train de se constituer.

Plus loin, à la limite extrême du nodule, on a des cellules embryonnaires ou cellules lymphatiques ou conjonctives à protoplasma très réduit.

Telle est la constitution du nodule que nous avons examiné dans nos diverses préparations. En quoi diffère-t-il du follicule tuberculeux de Koster, ou de Friedlœnder.

L'examen attentif des éléments après une coloration minutieuse nous a permis d'écarter les diverses erreurs possibles.

Nous n'avons pas affaire à un capillaire rétracté sous l'influence du durcissement et dont les cellules endothéliales gonflées se sont mises en rapport immédiat.

Un examen au fort grossissement nous a montré l'indépendance et la constitution intime de ces éléments. La réalité des cellules épithélioïdes, pas plus que celle des cellules embryonnaires, ne peut être mise en doute : la netteté de la préparation ne peut permettre une confusion.

L'objection qui consisterait à montrer les cellules géantes comme formées par un poil entouré de fibres musculaires lisses, si dans les syphilides cutanées elle pouvait avoir une certaine valeur, en est dans nos observations absolument dépourvue.

Cette identité indiscutable du nodule tuberculeux et spécifique nous permet-elle d'affirmer que, histologiquement parlant, on ne peut dans une coupe trouver de caractères différentiels.

D'aucuns prétendent que, dans la syphilis, on voit des lésions plus intenses de péri- et endo-artérite.

D'autres affirment la prédominance du tissu fibreux dans la vérole et celle des cellules dans la tuberculose.

Nous ne discuterons pas ces divers arguments et concluons comme M. le professeur Nicolas à propos des syphilides cutanées. « Il ne nous paraît pas possible à l'heure actuelle d'établir un diagnostic histologique certain et précis entre la nature syphilitique tertiaire ou la nature tuberculeuse des lésions cutanées. »

CHAPITRE V

ÉTUDE DES FAITS CLINIQUES. LEUR INTERPRÉTATION. LEUR VALEUR.

De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons dégager la notion de l'identité histologique des lésions tuberculeuses et syphilitiques tertiaires.

Nous allons montrer dans ce chapitre, par des faits cliniques, que nous n'avons point pris des lésions tuberculeuses pour des lésions tertiaires et que nous ne nous trouvons point en présence de ces hybrides constituant les lésions syphilo-tuberculeuses.

Nous passerons en revue les divers moyens de diagnostic que nous avons indiqués précédemment et verrons leur application dans les cas présents.

Antécédents, examen somatique. — Dans l'histoire de nos trois malades, nous constatons les faits suivants.

Chez l'un chancre syphilitique de la gorge avec accidents secondaires (obs. I).

Chez notre seconde malade, pas de signes certains de syphilis, mais sur 10 enfants, 3 morts à la naissance, 6 en bas âge (obs. II).

Chez la malade de M. Garel, syphilis probablement ignorée, en effet le mari mourait quelque temps après

avoir présenté des lésions tertiaires dont le diagnostic n'était point douteux (obs. III).

D'autre part chez aucun de ces malades nous n'avons trouvé de traces de tuberculose viscérale ou autre.

b) *Examen local.* — Cet examen ne nous fournit que des renseignements bien infidèles. Toutefois la lésion nasale typique de notre troisième malade ne nous confirmait pas la nature syphilitique du mal. Nous voyons chez notre premier sujet ces ulcérations taillées à pic caractéristiques de la syphilis.

Enfin dans l'observation I, l'existence d'une gomme du bras venait nous offrir une preuve de plus en faveur de la spécificité du mal.

Chez deux de nos malades nous trouvons le signe subjectif dont M. Garel nous a montré la grande valeur, nous voulons parler de la dysphagie persistante et douloureuse.

c) *Recherche du bacille de Koch et de la pirochæta.* Nous n'avons point fait la recherche du bacille de Koch et d'inoculation, le prélèvement délicat d'une portion de la muqueuse rendant délicat un pareil examen. Quant à l'examen, au point de vue du tréponema, nous connaissons le peu de valeur qu'on peut actuellement lui accorder.

d) *Traitement d'épreuve.* — Nous arrivons ici à une méthode de diagnostic dont nous avons omis à dessein de parler, nous promettant vu son intérêt de l'étudier un peu plus longuement et de tâcher d'éclairer un peu cette question au moyen des faits cliniques et histologiques que nous apportons.

CHAPITRE VI

DU TRAITEMENT D'ÉPREUVE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC

Nous allons aborder dans ce chapitre la question si intéressante de la valeur séméiologique du traitement d'épreuve. Nous verrons par cette étude si l'on doit accorder à l'iodure de potassium une vertu curative dans les ulcères tuberculeux des voies aériennes supérieures.

L'étude de pareille question a attiré depuis longtemps l'attention de cliniciens et thérapeutes et a soulevé d'assez vives discussions entre diverses écoles.

Nous ne voulons qu'effleurer dans ce mémoire un sujet aussi délicat laissant à des maîtres très autorisés le soin de défendre une cause qui est la leur et qui ne peut être qu'un complément dans notre travail.

Nous allons exposer en deux mots la question. Supposons un malade chez qui, par l'examen des tissus, la constatation de cellules géantes, on a diagnostiqué une tuberculose ulcéreuse de la gorge. A ce malade donnons quelques grammes d'iodure tous les jours, son état général s'améliore, ses lésions diminuent ; que devons-nous en conclure. D'aucuns annonceront plus ou moins bruyamment une nouvelle victoire de

l'iodure sur les processus morbides, d'autres plus simplistes et c'est notre opinion, donneront une explication plus naturelle du fait. Les cures obtenues par l'iodure des lésions ulcéreuses de la gorge existent; mais le remède a agi sur des lésions non pas tuberculeuses comme ont pu le faire croire l'existence de cellules géantes et d'autres signes, mais syphilitiques, telle est notre argumentation.

La doctrine de la valeur diagnostique du traitement d'épreuve basée sur le vieil adage, *naturam morborum ostendunt curationes* est toujours vraie et applicable, dans une certaine limite toutefois, aux divers cas.

Nous ne voulons point faire l'historique de cette question qui est déjà vieille, nous rappellerons seulement ces quelques lignes que Spillmann publiait dans les *Annales médicales de Nancy*.

Il parlait d'une jeune fille de dix-huit ans porteur de lésions ulcéreuses de la gorge en imposant pour de la tuberculose non améliorée par les applications locales et le traitement général et guérie par le traitement mixte.

« Comme on le voit, le diagnostic de la syphilis tertiaire est souvent d'une difficulté extrême. L'étude attentive des antécédents, l'hérédité et surtout l'épreuve du traitement permettent parfois seules d'établir le diagnostic différentiel. »

Les fervents de la cure iodurée de la tuberculose ont apporté toute une série d'observations dont nous allons en quelques lignes discuter la valeur.

Nous signalerons d'abord le travail de Grunberg qui

nous présente une malade porteur d'ulcérations nasales où l'existence de cellules géantes fit faire le diagnostic de tuberculose. Cautérisations, curettages, rien n'y fit, le processus continua, « déterminant la destruction du squelette cartilagineux et partielle du squelette osseux ».

Un assistant, nouvellement arrivé à la clinique crut à une confusion de lamelles et porta le diagnostic de syphilis.

Il administra de l'iodure à la malade et la guérison fut rapide et complète.

Ce fut le berceau de la médication iodurée et l'on vit dans la clinique tous les malades atteints d'affections de la gorge traités par l'iodure. Grunberg obtint ainsi un certain nombre de succès. Nous ne voulons pas discuter une à une ces observations, nous montrerons seulement la faiblesse des arguments présentés. Pour Grunberg, les malades étaient des tuberculeux, parce qu'ils présentaient dans leurs lésions des cellules géantes : or, nous connaissons la valeur de ce signe.

D'autre part, comment se fit-il que l'assistant, dans l'observation préliminaire, fut amené à faire le diagnostic de syphilis, si le malade ne présentait pas quelques symptômes de cette affection?

Certains de ces malades présentaient des symptômes pulmonaires négatifs, de la dysphagie douloureuse et persistante, qui est pour M. Garel un bon signe de syphilis.

D'autre part, l'iodure serait un remède bien capricieux, révélant son action sur les muqueuses du pharynx et du larynx, et abandonnant au mal la muqueuse

du nez, des bronches et la peau même. Bien mieux, ne signale-t-on pas l'action néfaste de l'iodure dans certaines tuberculoses !

Nous ne pouvons qu'approuver les remarques judicieuses de Bloch.

« La tuberculose primitive des voies aériennes est-elle si fréquente ? On lit bien souvent dans les observations de Grunberg que l'examen des poumons est négatif ! Je crois que, dans le cas qui a été le point de départ de la médication iodurée, il s'agissait bel et bien de syphilis.

« D'autre part, les synéchies, les cicatrices étoilées sont-elles l'apanage de la tuberculose ?

« De même, il est bien rare de voir la tuberculose détruire le squelette cartilagineux et osseux du nez et de la voûte palatine. »

Ces observations nous montre que, pour certains, la cellule géante est et restera un signe de tuberculose. A ce signe, on subordonnera tous les autres éléments de diagnostic : examen clinique, réactions thérapeutiques.

A ces observations, nous joindrons celles de Jacques, publiées en deux séries, en 1906 et en 1908, dans lesquelles il se fait l'apôtre de la cure iodurée dans les affections tuberculeuses des voies aériennes.

Nous résumerons en quelques lignes les dix-sept observations publiées par lui, nous occupant spécialement des conclusions de son travail.

Ce sont des malades atteints d'affections ulcéreuses de la gorge et du nez, présentant parfois des symptômes pulmonaires, sans antécédents spécifiques avoués guéris par l'administration de 2 grammes d'iodure par jour.

Conclusion. — « Ce qui, pour moi, ressort le plus clairement des faits ci-dessus exposés, c'est que la clinique seule est souvent en défaut pour établir le diagnostic syphilitique et tuberculeux des ulcères de la gorge. Ni l'aspect physique des lésions prises en particulier, que peuvent modifier du tout au tout l'état constitutionnel du sujet, ni les troubles subjectifs qu'elles entraînent et qui varient suivant la réactivité nerveuse propre à chaque individu, ne sauraient fournir les éléments d'un diagnostic assuré.

« Toutefois, il est certains caractères que je considère comme éléments sérieux de présomption en faveur de la tuberculose : telles sont la multiplicité et l'irrégularité des pertes de substance. Telle est aussi l'évolution anatomique des lésions : la tuberculose naît le plus souvent dans les couches profondes de la muqueuse et, de là, progresse plus en surface qu'en profondeur, s'insinuant dans le tissu conjonctif lâche qui unit la muqueuse aux plans fibro-musculaires, sous-jacents. La syphilis, au contraire, naissant en plein voile, en pleine amygdale détruit concentriquement les tissus, de la profondeur vers la surface, sans tenir compte de leur constitution physique, ni de leur résistance relative. Le lupus ronge et décolle, la vérole perfore ».

Si nous examinons les dernières observations de Jacques, nous voyons « ulcérations multiples du voile, dont deux perforantes, destruction partielle du voile palatin » (obs. I); perforation du voile au-dessus de la luette survenue sans réaction notable » (obs. II); « destruction partielle des deux amygdales » (obs. III); « apparition à l'union de la voûte et du voile d'une

double ulcération, progressant en profondeur, jusqu'à traverser la totalité du voile » (obs. VI). De même dans les observations X et XI.

Que penser d'un diagnostic ainsi fait. Dans 6 sur 12 des cas au moins nous trouvons les signes que Jacques admet comme signes de présomption de la syphilis.

Comme second signe on a ceci : « quand cesse de progresser le processus tuberculeux, nous voyons le fond des ulcères pâlir, se déterger, se recouvrir d'un fin lavis de tractus nacrés fibrillaires, très délicats et transparents.

« Cette toile cicatricielle diaphane s'étend sur les pertes de substance sans en modifier notablement la configuration en atténuant à peine l'état tomenteux qu'elle aplanit seulement à la longue. Le lupus affection de surface guérit par des cicatrices superficielles.

« Les ulcères de la syphilis maladie perforante se réparent intégralement par coalescence de leurs bords, où laissent après eux des brides fibreuses, nettement apparentes et fortement rétractiles suivant que la destruction des tissus a été limitée ou considérable ».

Or nous venons de voir dans 6 cas ces perforations signe de syphilis, la cicatrisation se fera aussi avec formation de brides synechies comme le montrent les diverses observations.

Maintenant en venant à la thérapeutique du mal, comment peut-on expliquer « l'insuffisance de la médication iodée quand on l'oppose au lupus nasal ». Il nous semble que « c'est une notion banale de physiologie glandulaire » et de clinique que l'élimination de

l'iode par la muqueuse nasale comme par la muqueuse bronchique. Nous connaissons tous le coryza et la bronchite iodique. Bien mieux les éruptions iodiques de la peau ne devraient-elles pas être recherchées dans les cas de lupus, puisque l'iodure est un remède héroïque de la tuberculose. Pourquoi ne pas généraliser ce que Jacques disait « l'iode en circulation affluant aux glandes salivaires son émonctoire électif, imprègne constamment tant en surface qu'en profondeur, les lésions bacillaires voisines, réalisant comme l'a démontré Bouchard, une action thérapeutique intensive par la pénétration d'un médicament qui de tout temps a joui d'une solide réputation antibacillaire ». Mais malheureusement nous sommes loin de la théorie à la pratique, et les résultats décevants sont plus nombreux que les cures merveilleuses, quand nous avons affaire à une tuberculose certaine.

Nous répondrons avant de terminer à une objection « il faudrait démontrer que le tréponème de Schaudin existe dans les lésions à l'exclusion du bacille de Koch, et c'est ce que MM. Nicolas et Favre ont négligé de faire dans les trois cas sur lesquels ils édifient leur argumentation. »

Nous répondrons que l'existence du tréponème dans les accidents tertiaires n'est pas encore prouvée, le signe n'a donc qu'une valeur relative.

Quant à la recherche du bacille de Koch et leur inoculation, les lambeaux de muqueuse prélevés ne sont point suffisants en général pour permettre un pareil examen. D'ailleurs M. Jacques ne l'a montré que dans une observation (obs. VIII).

Nous ne saurions terminer sans citer les quelques lignes du professeur Nanceen : « L'histologie pathologique, on s'en doutait avant MM. Nicolas et Favre, on ne doit plus l'ignorer maintenant, ne signifie pas grand chose pour distinguer les accidents ulcéreux des deux diathèses. Reste la bactériologie qui demeure dans les cas douteux, et ils sont nombreux en pratique, reste la bactériologie comme unique et précieux recours. »

L'existence de la cellule géante dans les lésions tertiaires des muqueuses ne peut donc être niée comme le prouvent nos trois observations dans lesquelles l'étude histologique a ses résultats confirmés par les diverses méthodes de diagnostic et spécialement par le traitement d'épreuve.

CHAPITRE VI

HISTOGENÈSE ET ÉVOLUTION DES FOLLICULES SYPHILITIQUES ET DES CELLULES GÉANTES

L'existence de la cellule géante, une fois admise, nous allons en suivre brièvement l'évolution.

La formation du follicule syphilitique et des cellules géantes semble être une étape dans l'évolution du processus de nécrose des tissus. Cette étape peut aboutir, soit à la désintégration et l'élimination de ces tissus, soit à leur résorption par les phagocytes.

C'est l'oblitération vasculaire qui forme le point de départ de ces lésions localisées. La cause en est, selon les uns, la thrombose vasculaire et l'insuffisance de la circulation ; selon les autres, c'est l'action de certains poisons nécrosants tels que l'éthérobacilline décrite par Auclair dans la tuberculose.

Dans tous les cas nous avons de l'endo- et péri-artérite, formation de thrombus et oblitération vasculaire.

On constate alors, autour du vaisseau et dans son voisinage, l'existence de cellules migratrices nombreuses, de cellules conjonctives et d'éléments lymphatiques. En certains points, la nécrose s'empare de

certains de ces éléments, et l'on assiste à la formation des cellules géantes.

En un point, des cellules embryonnaires serrées les unes contre les autres perdent leur contour, leur membrane se détruit, quelques-unes se fusionnent pour ne former qu'un seul élément : la cellule géante.

On voit alors une masse de protoplasma dégénéré, vitreux, grenu avec des vacuoles. Autour, les noyaux, par suite de leur haute différenciation, auront résisté, prendront les colorants rappelant par leur nombre celui des cellules qui ont servi à le constituer.

Les cellules épithélioïdes à leur tour semblent envahies par le processus de dégénérescence formant l'ébauche d'une cellule géante. Au delà, le processus inflammatoire est encore assez avancé, et l'on voit le tissu bourré de cellules embryonnaires, résultat d'une diapédèse active.

Le processus nécrosant continuant son action, on assiste à la désintégration de la cellule géante, à sa caséification. Les cellules épithélioïdes se caséifient à leur tour et les tissus voisins envahis étendent la lésion.

Cependant, à la limite, se produit une nouvelle inflammation avec productions de cellules jeunes qui limiteront la lésion formant une coque fibreuse qui l'isole des tissus voisins.

La résorption de ces tissus enflammés pourra avoir lieu surtout sous l'influence du traitement mixte.

Ou bien la lésion s'étendant, on a des gommages qui s'ulcéreront et s'élimineront à l'extérieur. On voit alors ces lésions étendues envahissant le pharynx,

mettant le cartilage à nu, perforant les tissus comme à l'emporte-pièce.

Nous pourrions signaler dans la syphilis comme dans la tuberculose des cas dans lesquels la nécrose se fait d'emblée, sans que l'on observe de cellules géantes et de follicules, soit que ces éléments soient de courte durée, soit que la nécrose se fasse sans leur concours.

CONCLUSIONS

Nous appuyant sur les observations que nous venons de publier et nous basant sur les recherches faites par MM. Nicolas et Favre sur les syphilides tertiaires cutanées, nous concluons :

I. — L'examen histologique des lésions douteuses du pharynx et du nez peut être très souvent la source de graves erreurs, qui peuvent être très préjudiciables aux malades.

II. — Nous affirmons que l'on n'est pas plus pour les muqueuses que pour la peau en droit de conclure à la nature tuberculeuse d'une lésion sur la simple constatation de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de follicules tuberculoïdes typiques.

III. — L'aspect et l'évolution cliniques des lésions doivent garder, de même que l'influence du traitement hydrargyro-iodique, toute leur valeur pour indiquer la nature syphilitique de lésions que le microscope tendrait à faire étiqueter tuberculose.

IV. — Seule la constatation du bacille de Koch, et mieux encore l'inoculation positive à l'animal pourront, en raison de l'existence possible d'autres bacilles acido-résistants, fournir le critérium absolu de cette dernière.

V. — Nous croyons que les résultats obtenus par le traitement mixte implique, jusqu'à plus ample informé, d'une façon à peu près certaine la nature spécifique de la lésion.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 mars 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIBE, *Cellules géantes et follicule syphilitique dans les syphilides cutanées* (thèse Lyon, 1906).
- AUDRY, *Précis des maladies vénériennes*, 1901.
- BALZER, Volume des maladies vénériennes (*Traité de Brouardel et Gilbert*).
- BARD, *Anatomie pathologique*.
- BORDEREAU, *Les cellules géantes existent-elles dans les diverses lésions de la syphilis ?* (thèse Lyon, 1902).
- BRODOWSKI, De l'origine des cellules géantes (*Société médicale de Varsovie*).
- COLONNATTI, Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle et à l'étude de la genèse des cellules géantes (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1875).
- CORNIL, *Précis d'anatomie pathologique*.
- DARIER, *Pratique dermatologique* (*Traité de la syphilis de Fournier*).
- HALLOPEAU, *Traité pratique de dermatologie*.
- JACQUES, Scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées (*Province médicale*, 1^{er} mai 1906).
- Sur la cure iodurée des ulcères de la gorge (*Bulletins et Mémoires de la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie*).
- JULIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1879.
- LAULANIE, *Etude critique et expérimentale sur les cellules géantes normales et physiologiques*.
- LETULLE, *Anatomie pathologique*, 1897.
- *La biopsie dans les affections de la langue*, janvier 1909.
- MAYAN et TOUPET, Contribution à l'étude histologique des follicules syphilitiques (*Annales de dermatologie*, 1890).

MAURIAC, *Leçons sur les maladies vénériennes.*

NICOLAS et FAVRE, Cellules géantes et follicule syphilitique (*Province médicale*, 21 décembre 1907).

— Contribution à l'étude histologique des syphilides tertiaires cutanées (*Annales des maladies vénériennes*, juin 1907).

NICOLAS, DURAND et MOUTOT, Sur un cas de dactylite syphilitique (*Annales des maladies vénériennes*, 1906).

RENAUT, *Gazette médicale de Paris*, 1883.

THOMOSO DE AMICIS, *La cellula gigante ed i prodotti syphilitici.*

TRIPPIER, *Traité d'anatomie pathologique.*

UNNA, *Histopathologie der Hautkrankheiten.*

WIESS, *De l'origine et de la signification des cellules géantes.*

GRUNBERG, Sur les résultats favorables de l'iodure de potassium à l'intérieur dans la tuberculose des voies aériennes supérieures (Analyse in *Annales des maladies vénériennes*, juillet 1907).

GOUGUENHEIM, *Leçons de laryngologie.*

